

Psoriasisarthritis, SAPHO (CNO) Enteropathische Spondyloarthritis



Prof. Dr. med. Adrian Ciurea
Stv. Klinikdirektor; Klinik für Rheumatologie, USZ

Lernziele

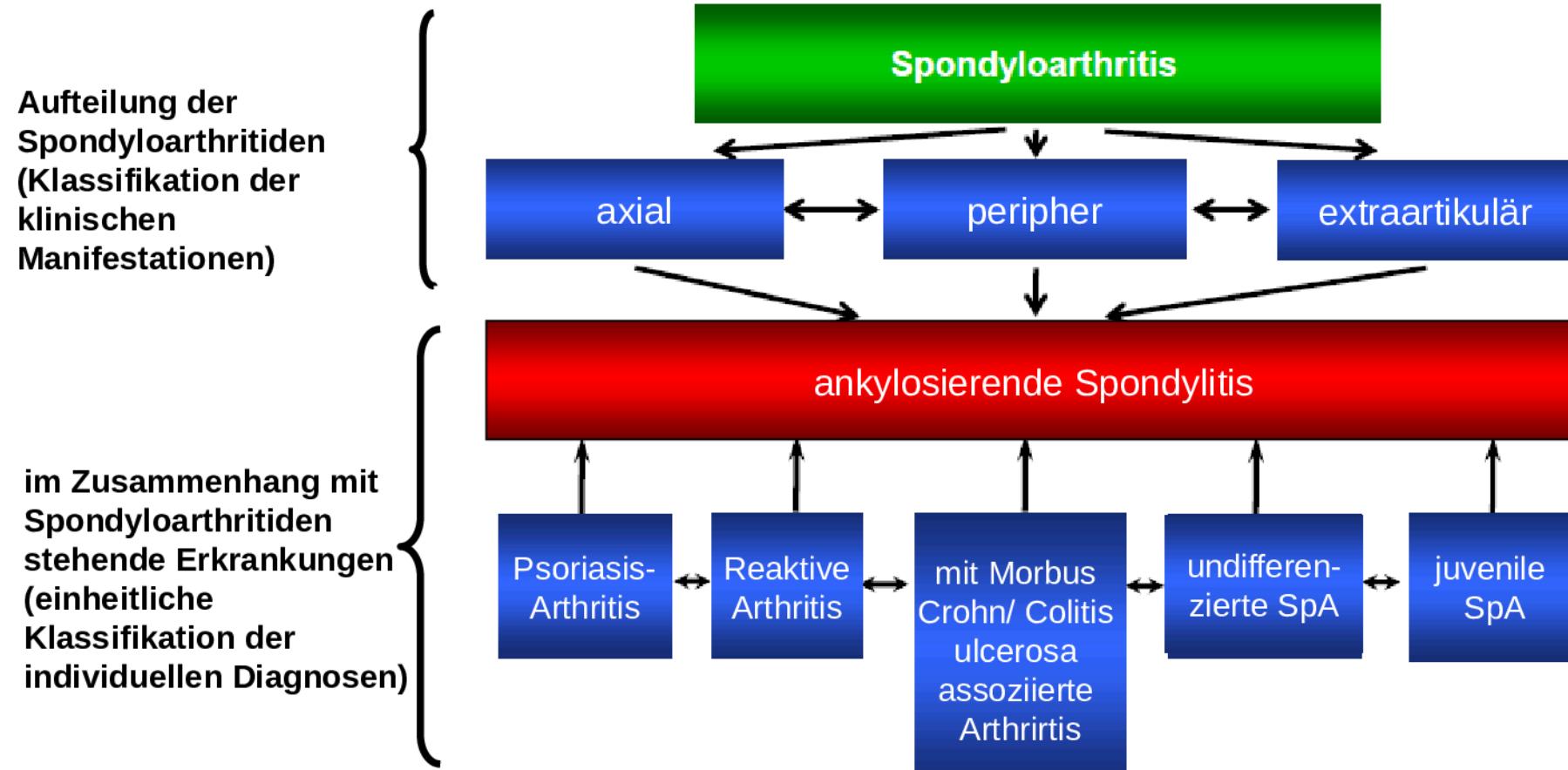
Psoriasis-Arthritis, enteropathische Spondyloarthritis (SpA), SAPHO-Syndrom

- Zu den Krankheitsbildern
 - Psoriasis-Arthritis
 - enteropathische Spondyloarthritis (M. Crohn, Colitis ulcerosa)
 - SAPHO-Syndrom
- jeweils die
- Definition und Pathogenese beschreiben
 - Anamnese durchführen, typischen Symptome benennen
 - klinische Untersuchung beschreiben, typischen Befunde benennen und erkennen
 - weiteren Abklärungen aufführen und typische Befunde erklären (inklusive extraartikulärem Befall, Labor, Gelenkspunktatanalyse, Bildgebung)
 - Differentialdiagnosen erläutern
 - bei einem Patienten anhand von Anamnese, klinischer Untersuchung und weiteren Abklärungsbefunden das Krankheitsbild diagnostizieren und erläutern
 - Therapieoptionen benennen

Spondyloarthritiden

- Befall der peripheren Gelenke (Arthritis)
- Befall der Sehnenansätze (Enthesitis)
- Befall des Achsenskeletts (Spondylitis, ISG-Arthritis)
- Osteoproliferative Veränderungen
- Assoziation mit HLA-B27
- Extra-artikuläre Manifestationen
 - Uveitis
 - Entzündlicher Darmbefall
 - Psoriasis

Wechselbeziehung zwischen den ASAS Klassifikationskriterien und den Erkrankungen im Gesamtkonzept der SpA



Adaptiert von: Zeidler H und Amor B. Ann Rheum Dis 2011;70:1-3 (mit Genehmigung)

ASAS Klassifikationskriterien für Spondyloarthritis (SpA)

Bei Patienten mit
≥ 3 Monaten Rückenschmerzen und
Alter bei Beginn < 45 Jahre

Sakroiliitis in der Bildgebung plus
≥ 1 SpA-Parameter

ODER

HLA-B27 plus
≥ 2 andere SpA-Parameter

SpA-Kriterien

- entzündlicher Rückenschmerz (ERS)
- Arthritis
- Enthesitis (Ferse)
- Uveitis
- Daktylitis
- Psoriasis
- M. Crohn /C. ulcerosa
- gutes Ansprechen auf NSAR
- pos. Familienanamnese für SpA
- HLA-B27
- erhöhtes CRP

Bei Patienten mit NUR peripheren Symptomen

Arthritis oder Enthesitis oder Daktylitis
plus

≥ 1 SpA-Parameter

- Uveitis
- Psoriasis
- M. Crohn/ Colitis ulcerosa
- vorangegangene Infektion
- HLA-B27
- Sakroiliitis in der Bildgebung

ODER

≥ 2 andere SpA-Kriterien

- Arthritis
- Enthesitis
- Daktylitis
- ERS jemals
- pos. Familienanamnese für SpA

Sensitivität: 79.5%, Spezifität: 83.3%; n = 975

Psoriasisarthritis

Synonyme: - Arthritis psoriatica

- Psoriasisarthropathie

Befall von:

- Stammskelett (Wirbelsäule, ISG)
- Periphere Gelenke
- Enthesen (Enthesitiden)
- Haut, Nägel

Tendenz zur Knochenneubildung

Systemische Manifestationen

Assoziation mit HLA-B27



Hautbefall



Nagelbefall



Psoriasisarthritis

Epidemiologie

Prävalenz: 0,1 – 0,5%

Bei Patienten mit Psoriasis: 5% (davon 20% mit
Wirbelsäulenbefall)

Geschlechtsverteilung F:M 1 : 1

Familienanamnese für Hautpsoriasis oder
Psoriasisarthritis in 40% positiv

Auftreten der Arthritis meist nach Hautpsoriasis

Psoriasisarthritis

Hautpsoriasis auch an
verborgenen Stellen suchen!

Kopfhaut

Ohr

Rima ani

Bauchnabel



Fallpräsentation

Psoriasisarthritis Herr R., geb. 1965

Psoriasisarthritis seit dem 17. LJ

- Schwerpunktbefall beider Hände und Füsse
 - erosiv-destructiver Verlauf
- Kein axialer Befall
- Psoriasis vulgaris
- Basistherapien:
 - Methotrexat seit 2007
 - Wechsel auf einen TNF-Hemmer Juli 2012
(Golimumab, Simponi®)





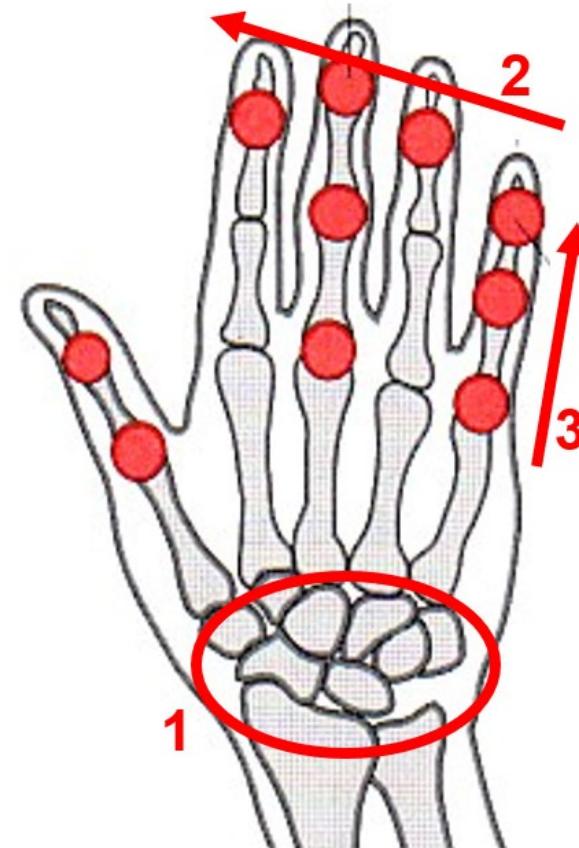
Juli 2012



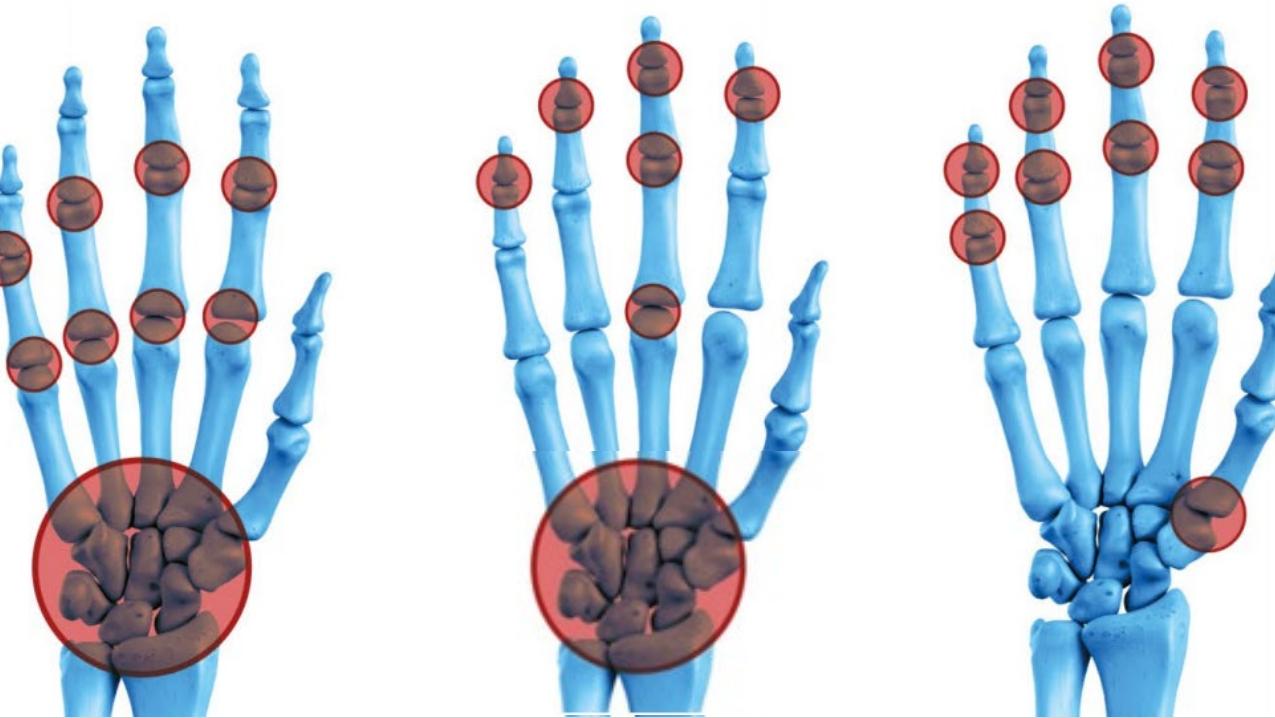
Januar 2013

Gelenkbefallmuster Hand

1. Handgelenk
2. Transversalbefall:
 - meist distale Interphalangealgelenke
 - oft Nagelveränderungen
3. Strahlbefall



Muster des Gelenkbefalls bei Polyarthritis und Polyarthrose



Rheumatoide Arthritis

Psoriasisarthritis

Fingerpolyarthrose



Psoriasisarthritis

Klinik

- Isolierte Arthritis der Fingerendgelenke
- Symmetrische Polyarthritis (wie RA)
- Asymmetrische Polyarthritis mit Daktylitis
- Schwere destruierende Arthritis
(Arthritis mutilans)
- Wirbelsäulenbefall mit oder ohne Arthritis
- Keine Rheumaknoten

Psoriasisarthritis



Daktylitis:

„Wurstzehen“, „Wurstfinger“



Psoriasisarthritis

Labor

- BSR, CRP geringgradig erhöht
- Rheumafaktoren negativ
- HLA-B27
 - bei Stammskelettbefall 50% positiv
 - bei peripherer Arthritis nicht gehäuft

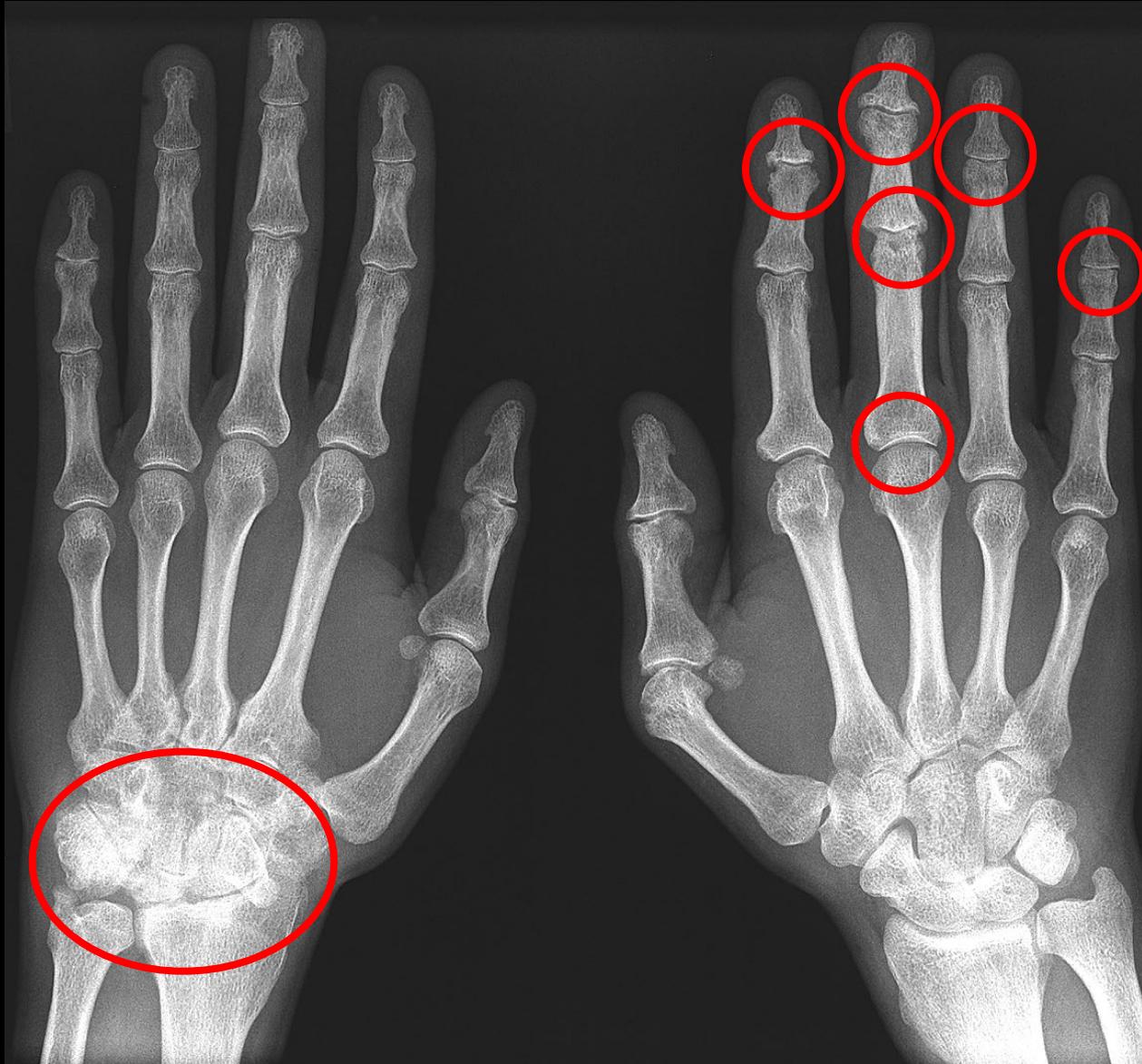
Psoriasisarthritis

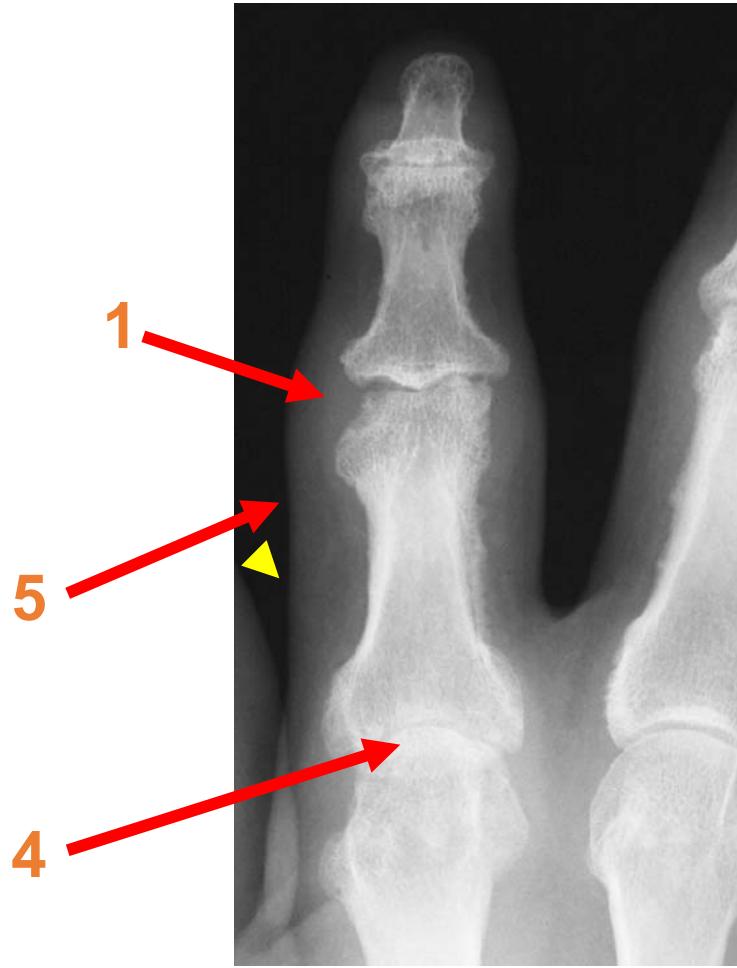
Röntgen



Röntgen

Psoriasisarthritis





1. Usuren

2. Knochenproliferationen

3. Pencil in cup-Verändg.

(erosive und proliferative Veränderungen möglich)

4. Ankylosen

5. Weichteilschwellung

6. Keine Osteopenie

Psoriasisarthritis

Röntgen

Stammskelett

1. Häufig einseitige
Sakroiliitis



2. Parasyndesmophyten:
paradiskale intervertebrale Knochenneubildung

Psoriasisarthritis

CASPAR-Klassifikationskriterien

Entzündliche Erkrankung der Gelenke, der Wirbelsäule oder der Sehnen bzw. Sehnenansätze

Und mindestens 3 *Punkte* aus folgenden Kriterien:

- | | |
|--|--|
| – Evidenz einer Psoriasis | – bestehende Psoriasis (<i>2 Punkte</i>)
– anamnestisch bekannte Psoriasis (<i>1 Punkt</i>)
– Psoriasis in der Familienanamnese (<i>1 Punkt</i>) |
| – psoriatische Nagelveränderungen (<i>1 Punkt</i>) | |
| – Negativität des Rheumafaktors (<i>1 Punkt</i>) | |
| – Daktylitis | – bestehende Daktylitis (<i>1 Punkt</i>)
– anamnestisch bekannte Daktylitis (<i>1 Punkt</i>) |
| – radiologische Zeichen einer gelenknahen Knochenneubildung (<i>1 Punkt</i>) | |

BASISTHERAPIEN (PsA)

Synthetische Basistherapeutika		Biotechnologische Basistherapeutika (Biologika)	
Konventionelle Synthetische Basistherapeutika	Gezielt Synthetische Basistherapeutika	Original-Präparate	Biosimilars
Methotrexat Leflunomid Sulfasalazin (Wirkung nur auf den Befall der peripheren Gelenke)	Phosphodiesterase-4- Hemmung Apremilast Januskinase (JAK)- Hemmung Tofacitinib Upadacitinib	Anti-TNF-alpha - Adalimumab - Certolizumab - Etanercept - Golimumab - Infliximab Anti-IL12/23 od. IL23 - Ustekinumab - Guselkumab - Risankizumab Anti-IL17 - Secukinumab - Ixekizumab - Bimekizumab	Anti-TNF-alpha - Adalimumab - Etanercept - Infliximab

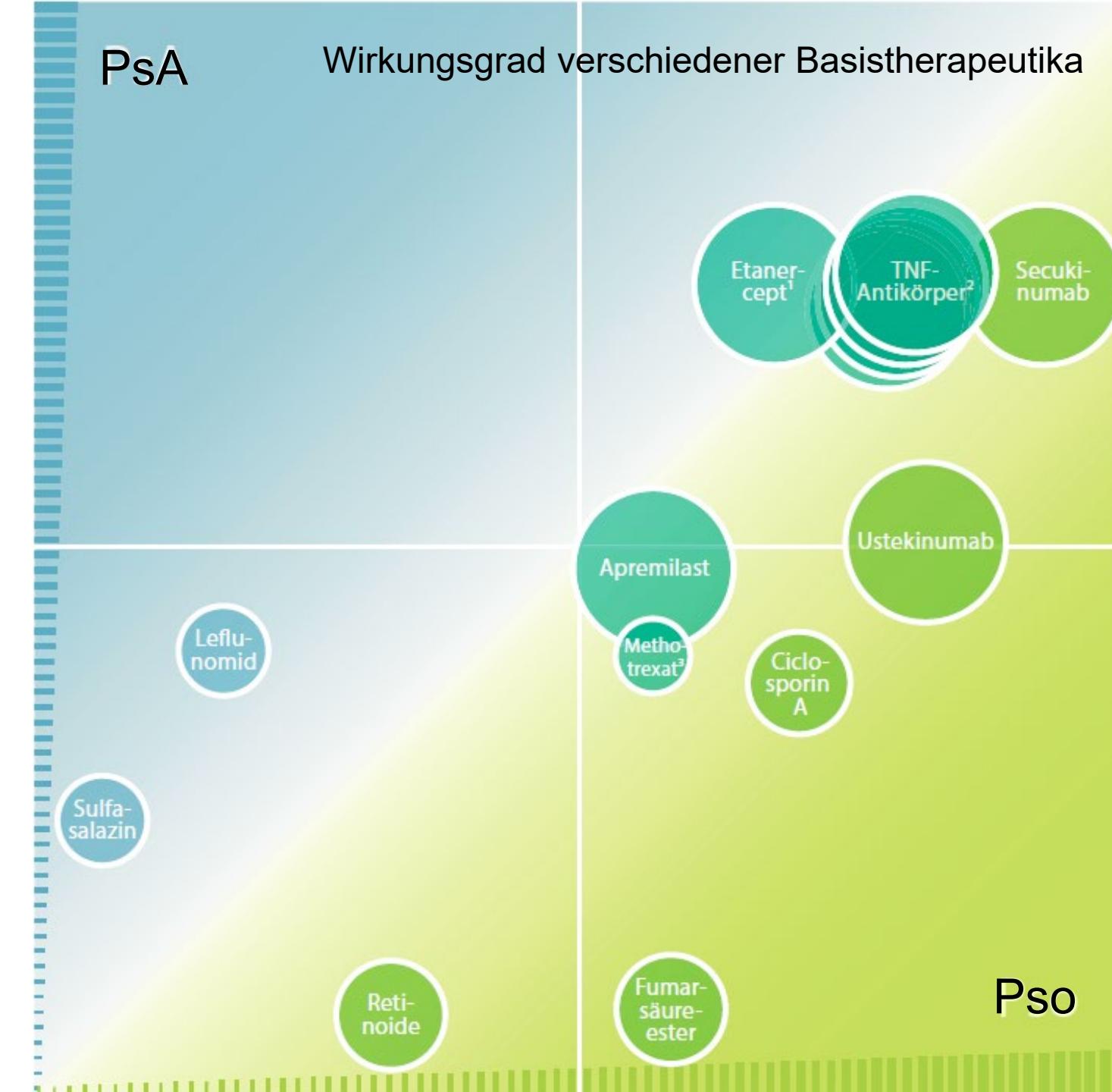
GRAPPA-Therapieempfehlungen für Psoriasis-Arthritis

Periphere Arthritis	Haut u. Nagel-erkrankung	Axiale Erkrankung	Daktylitis	Enthesitis
↓	↓	↓	↓	↓
<u>Therapie</u>	<u>Therapie</u>	<u>Therapie</u>	<u>Therapie</u>	<u>Therapie</u>
•NSAR •IA Steroide •DMARD (MTX, CsA, SSZ, LEF) •Biologicals (Anti-TNF) (Anti-IL-17) (Anti-IL-23) Small Molecules (Apremilast) (JAK-Inhibitoren)	•Topische Med. •PUVA/UVB •Systemische Med. (MTX, CsA) •Biologika (Anti-TNF) (Anti-IL-17) (Anti-IL-23) Small Molecules (Apremilast) (JAK-Inhibitoren)	•NSAR •Physiother. •Biologika (Anti-TNF) (Anti-IL-17) Small Molecules (JAK-Inhibitoren)	•Steroid- Injektionen •Biologika (Anti-TNF) (Anti-IL-17) Small Molecules (Apremilast) (JAK-Inhibitoren)	•NSAR •Steroid- Injektionen •Biologika (Anti-TNF) (Anti-IL-17) Small Molecules (Apremilast) (JAK-Inhibitoren)

CsA = Ciclosporin A; DMARD = Disease modifying antirheumatic drugs, IA = intraartikulär IL = Interleukin, JAK = Janus Kinase; MTX = Methotrexat, NSAR = Nichtsteroidale Antirheumatika, PUVA = Psoralenen mit UV-Licht A, SSZ = Sulfasalazin,

PsA

Wirkungsgrad verschiedener Basistherapeutika

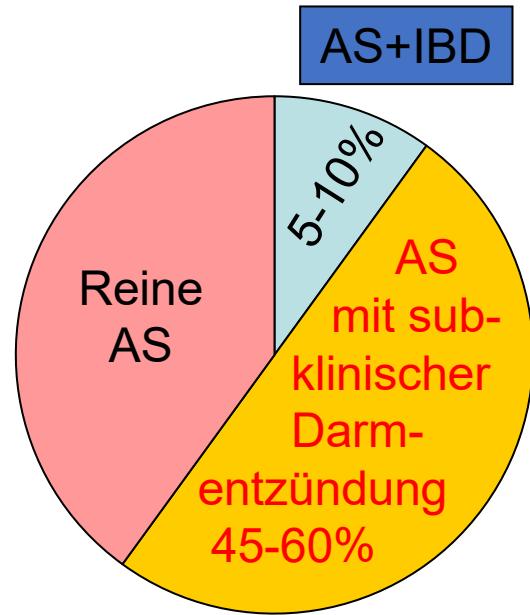


Enteropathische Spondyloarthritis

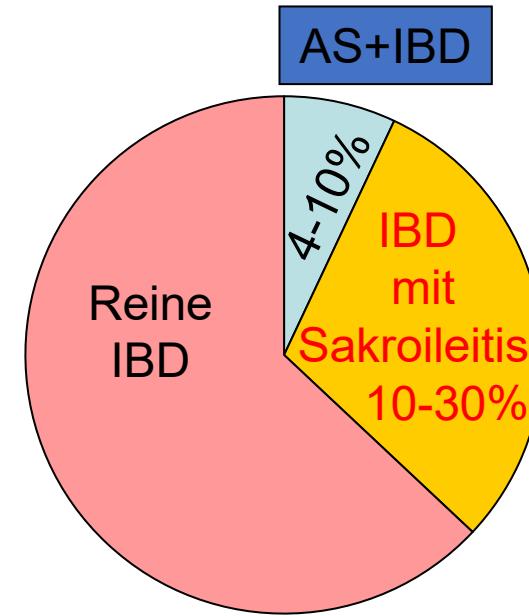


- Morbus Crohn
 - Colitis ulcerosa
 - Gastrointestinale Bypass-Operationen
- Inflammatory Bowel Disease (IBD)

Klinische Überlappung zwischen Spondylitis ankylosans (AS) und den entzündlichen Darmerkrakungen (IBD)



AS



IBD

Enteropathische Spondyloarthritis

Epidemiologie

Bei IBD:

Häufigkeit:	- Periphere Arthritis	ca. 20%
	- Stammskelettbefall bei	
	- M. Crohn	ca. 5%
	- Colitis ulcerosa	ca. 20%
HLA-B27	bei Stammskelettbefall	ca. 50%

Enteropathische Spondyloarthritis

Klinik

- Bewegungsapparat:
- asymmetrische Mono-/Oligo-
arthritis grosser Gelenke
 - Daktylitis, Enthesitis
 - Axialer Befall

Haut: Erythema nodosum, Pyoderma gangraenosum

- Röntgen
- cf. Spondylitis ankylosans

Behandlung



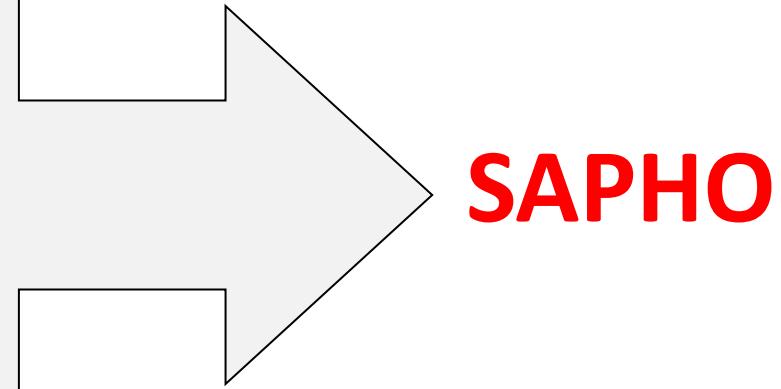
NSAR

CAVE!

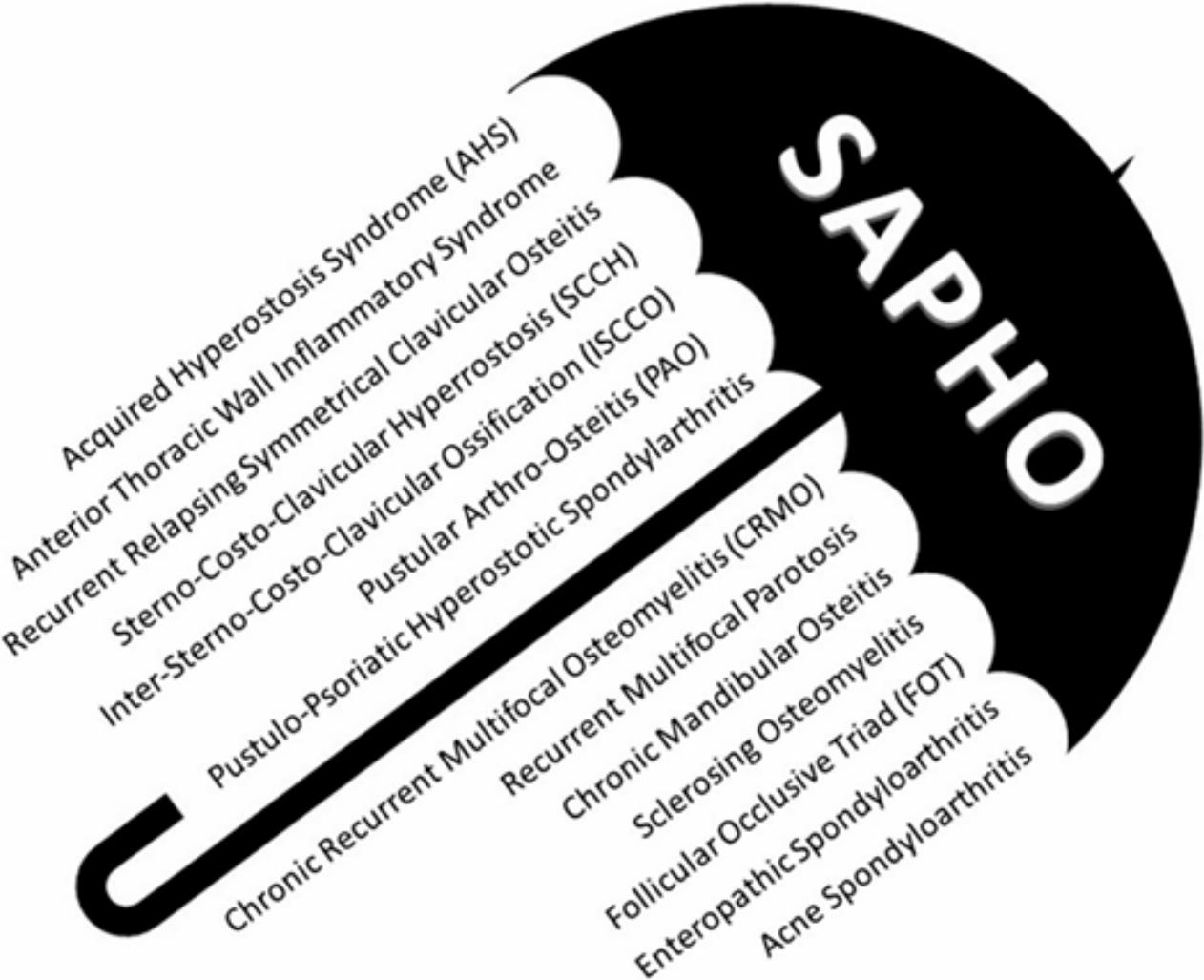
Sulfasalazin, MTX, TNF-Hemmer (ausser Etanercept), IL-23 Hemmer (peripher),
mit Wirkung auch auf den Darm

Arthro-Osteitis (SAPHO-Syndrom)

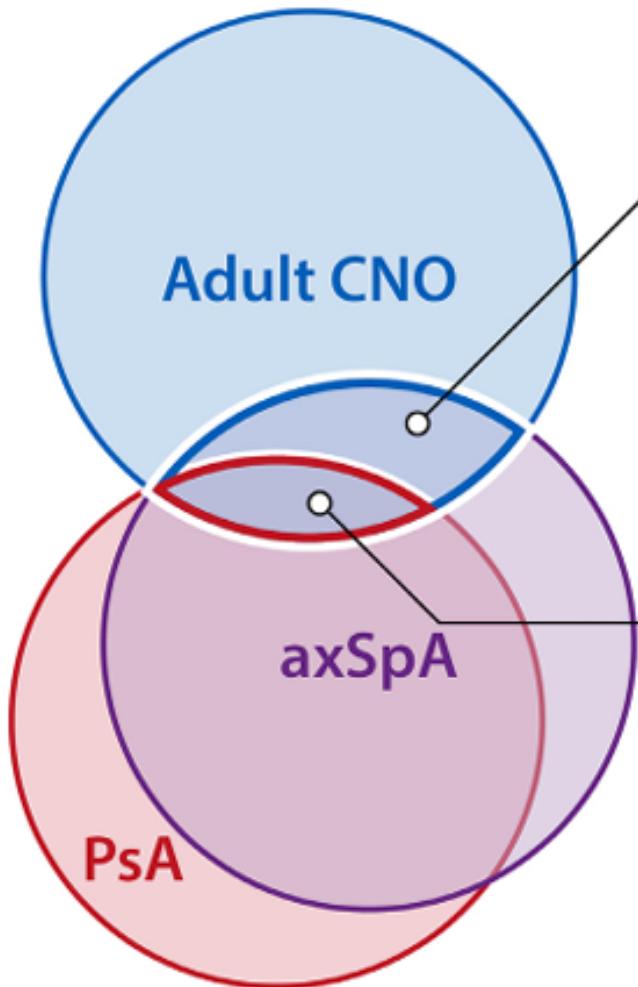
Synovitis
Acne
Pustulosis
Hyperostosis
Osteitis



SAPHO



Expert consensus recommendations for the diagnosis and treatment of chronic non-bacterial osteitis (CNO) in adults



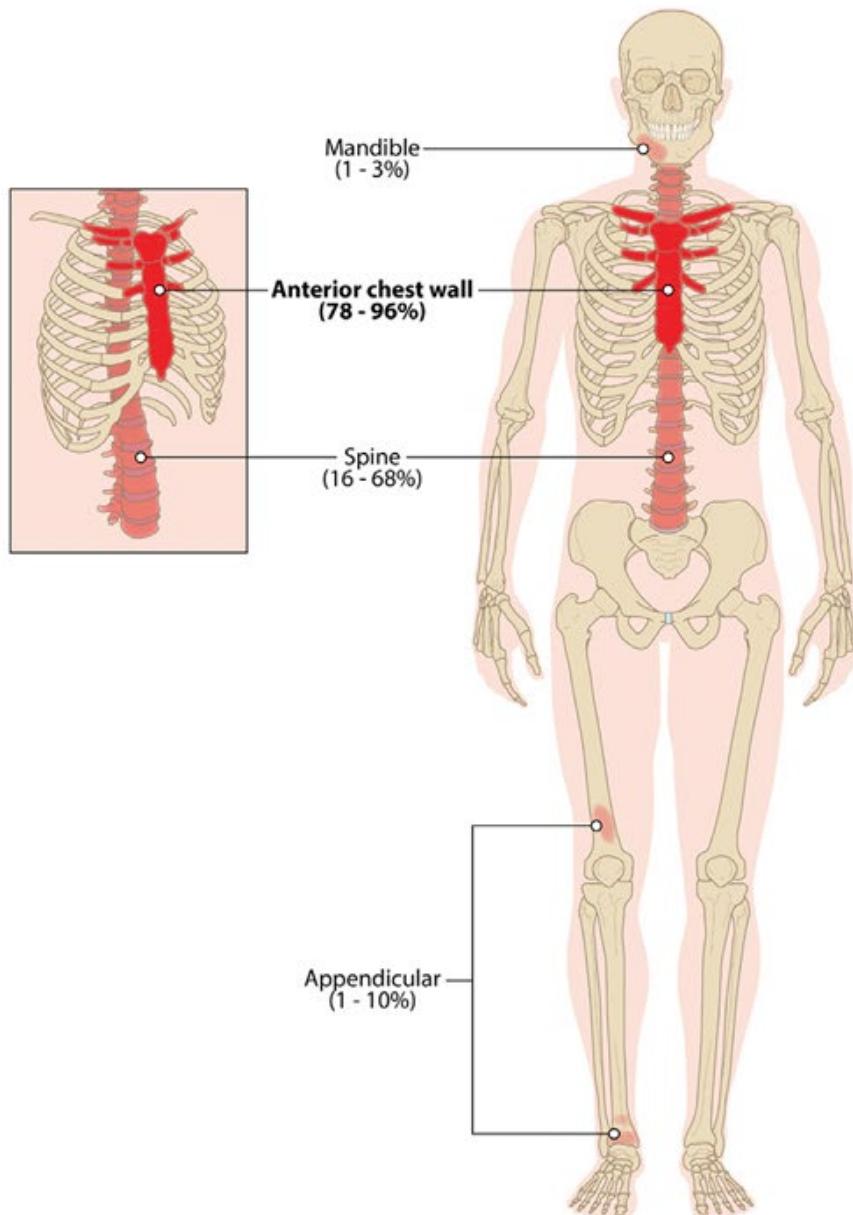
CNO and axSpA:

- Axial skeletal involvement
- Sacroiliitis
- Uveitis
- Inflammatory bowel disease
- Symptoms responsive to NSAIDs/COXIBs

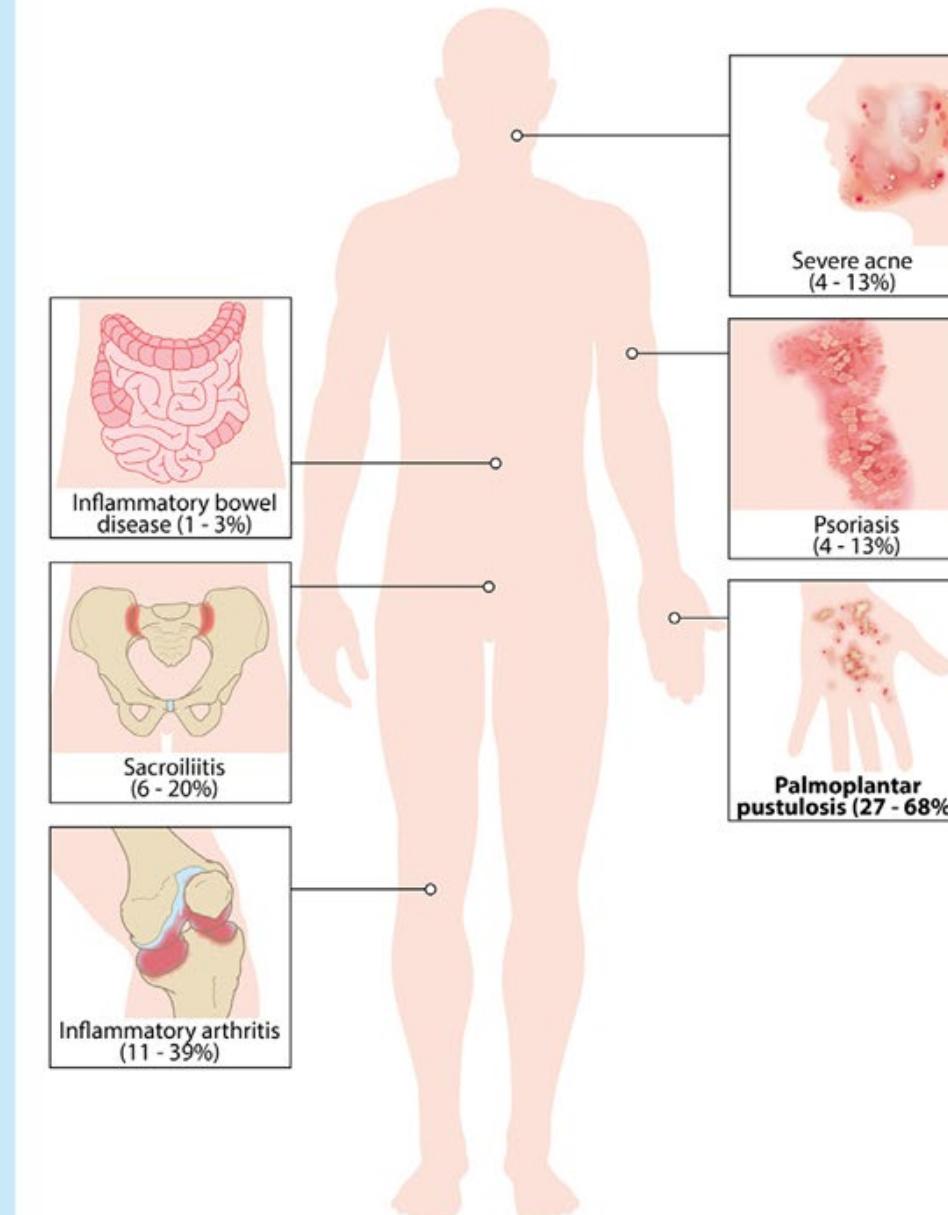
PsA, CNO and axSpA:

- Enthesitis
- Dactylitis
- Psoriasis
- Inflammatory arthritis
- New bone formation

Skeletal distribution pattern



Additional features



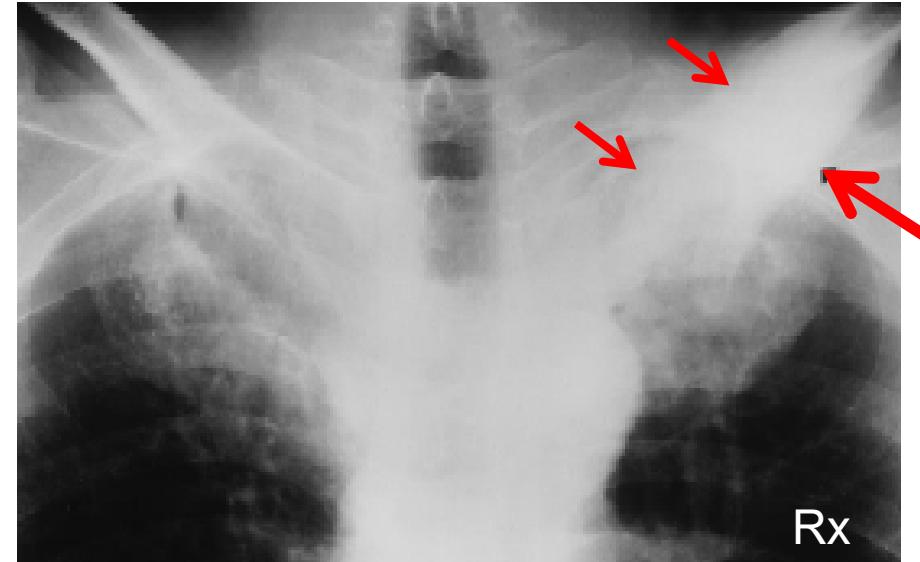
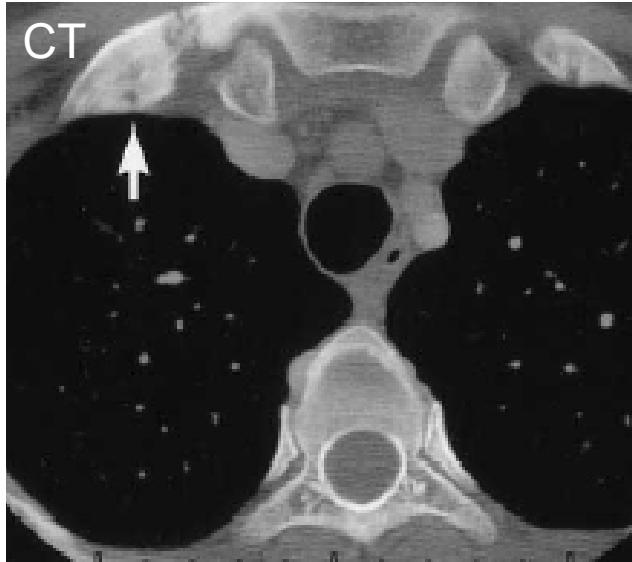
Chronische nicht-bakterielle Osteitis (CNO)

Leitbefund

**Einseitig betonte, schmerzhafte Schwellung
der sterno-kosto-klavikulären Region
(Hyperostose/Osteitis der medialen Klavikula)**



Chronische nicht-bakterielle Osteitis (CNO)



Osteitis/Hyperostose der Clavicula im CT und Röntgen

Chronische nicht-bakterielle Osteitis (CNO)

Weitere Manifestationen am Bewegungsapparat:

- Hyperostose/Osteitis
 - langer Röhrenknochen
 - Mandibula
 - Os ilium
- Asymmetrische Oligoarthritis
- Stammskelettbefall (in 30%)
 - meist einseitige ISG-Arthritis

Chronische nicht-bakterielle Osteitis (CNO)



Osteitis im Bereich des Os ilium im Röntgen und CT

Chronische nicht-bakterielle Osteitis (CNO)



Progrediente sekundäre Coxarthrose nach Arthritis

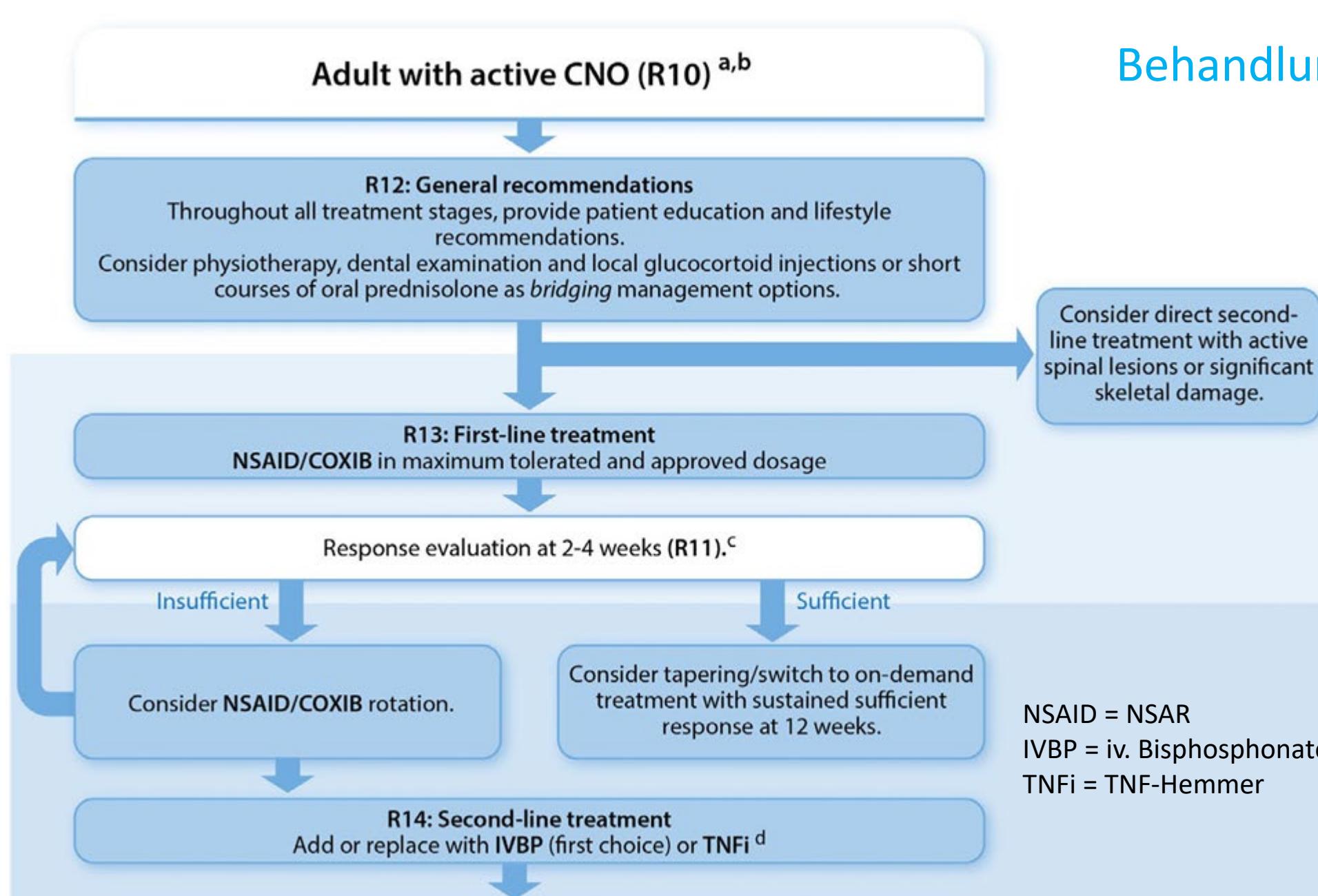
Chronische nicht-bakterielle Osteitis (CNO)

Hautbefall:

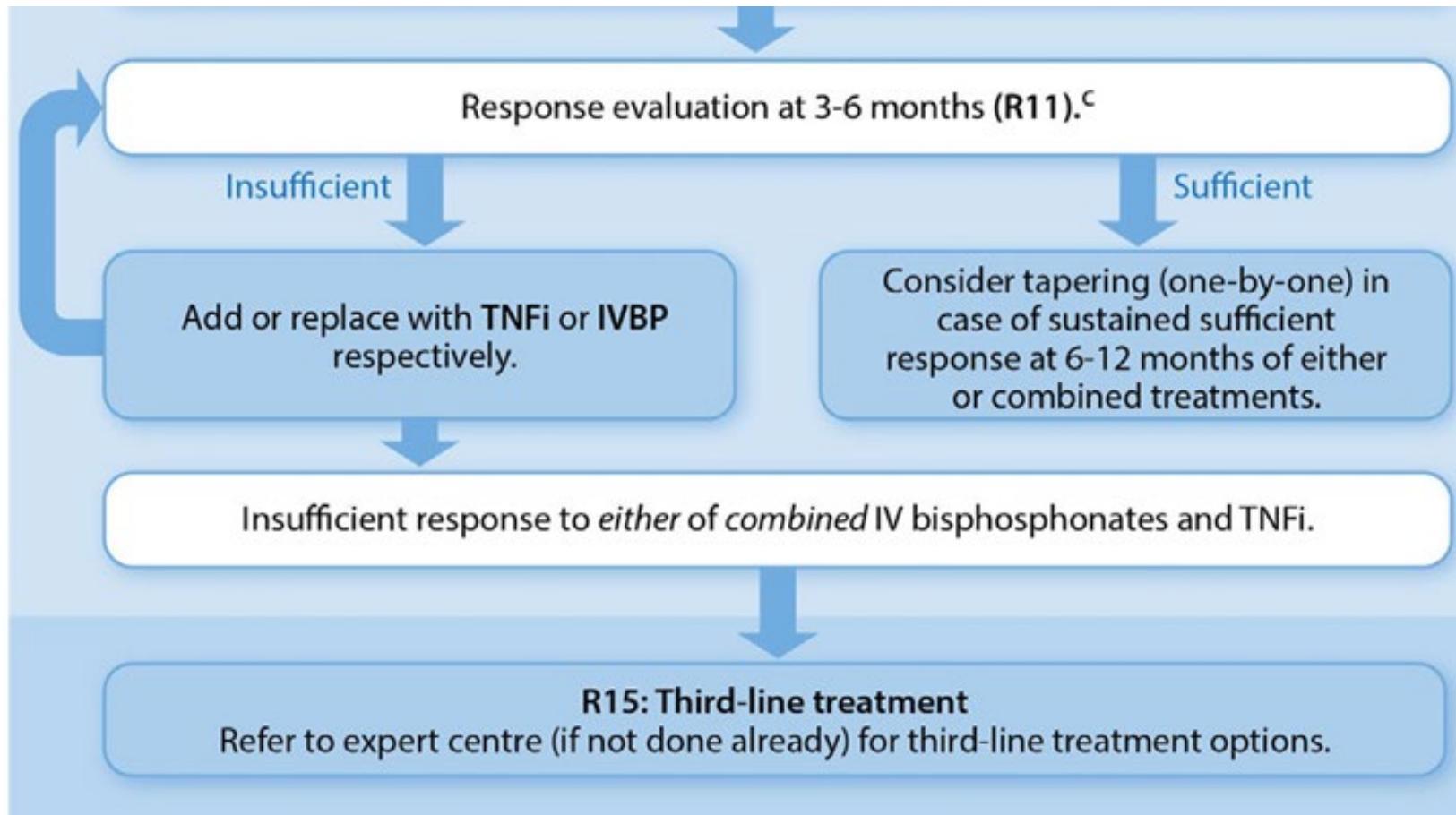
- Palmo-plantare Pustulose, Akne, Psoriasis



Behandlungsalgorithmus



Behandlungsalgorithmus



NSAID = NSAR

IVBP = iv. Bisphosphonate

TNFi = TNF-Hemmer